

Journal International De Victimologie International Journal Of Victimology

Tome 3, numéro 2 (Janvier 2005)

Existe-t-il des institutions au dessus de tout soupçon ?

HUGONOT, R. [FRANCE]

DOSSIER: MALTRAITANCE DES PERSONNES ÂGÉES

Dossier dirigé par le Pr. Robert HUGONOT, ALMA France

Auteur

Président de ALMA France

Mots-clés

Centre gériatrique ; soins ; personnes âgées ; institutions

Existe-t-il des institutions au dessus de tout soupçon ? Evidemment non ! car une institution d'accueil parfaite, parfaite en tout temps, c'est la **quadrature du cercle ...** une **mission impossible**.

Cette institution en effet, c'est :

- **un hôtel** ... pas quatre étoiles, mais tout de même ... un hôtel dans lequel on va vivre 24h/24, 365 jours par an, sans aucune fermeture annuelle ... Ce n'est jamais le cas dans l'industrie hôtelière.

- **un restaurant**, permanent lui aussi, quotidien, matin, midi et soir avec service en chambre à la demande. Un restaurant qui marque toutes les fêtes, Pâques, Noël et les

anniversaires et où l'on peut inviter familles et amis. – Certaines maisons de retraite se sont simplement déclarées "hôtel – restaurant" ... de 60 chambres dont la moitié occupée par des sujets atteints de DSTA ... pour contourner pour un temps la loi de 75.

Je reprends donc : hôtel restaurant pour sujets dont l'âge moyen est de 85 ans.

- C'est aussi **un lieu de vie permanent**, lieu de vie matérielle, spirituelle et affective, de jour et de nuit, de semaine et de Dimanche, sans "morte saison" permettant d'envisager une fermeture.

- et, dans les mêmes conditions, c'est **un lieu de soins**, parfois légers,

parfois lourds et permanents, imposant parfois (ou souvent) des tâches rebutantes et peu valorisantes, confiant à l'hôpital les résidants les plus atteints, mais recevant parfois en retour ceux dont l'attente de la mort ne finit pas.

- C'est aussi **un lieu d'accueil**, toujours avec le sourire, et de réconfort avec chaleur humaine et animation sans infantilisation.

- C'est aussi **un lieu d'accueil des familles**, enfants déjà vieux, petits enfants adultes, personnes parfois récriminantes, toujours stressées de découvrir les multiples visages d'une vieillesse enfermée et parfois carcérale.

Et puis faire fonctionner cet ensemble **des personnels** dont le directeur n'a pas toujours été formé dans les universités ou écoles de Santé Publique à **cette tâche administrative, budgétaire, humaine et soignante**. Des personnels qui à la fois doivent être soignants, avec des tâches d'accueil et hôtelières, tout en restant à l'écoute des résidants, des familles et de plus en plus des évaluateurs de la dépendance ou de la qualité.

- **Des personnels** qui, avec des quota plus réduits que ceux de l'industrie hôtelière et de celle du soin associées, savent le plus souvent faire face à ces tâches multiples. ... mais des personnels qui peuvent s'épuiser devant la répétition des tâches ou se trouvent débordés par une épidémie de grippe qui augmente leur travail tout en réduisant leurs rangs. Ou qui ont perdu tout enthousiasme ou tout goût à leur travail et n'effectuent plus que mécaniquement des tâches qui leur servent seulement à faire les heures qui justifient leur salaire, et qui parfois

en veulent à ces vieux qu'ils ne voudraient plus voir.

Il ne faut alors pas s'étonner que des maltraitances puissent apparaître, inconscientes, les plus nombreuses, d'autres conscientes par ras-le-bol, par épuisement, par méchanceté ou par sadisme.

C'est une machinerie compliquée avec des rouages complexes. Toute machinerie peut se gripper par instants ou par inadvertance. Beaucoup d'institutions, nous n'en connaissons pas le nombre, sont sans doute proches de l'irréprochable.

J'ai dit proches, car dans toute institution, même la mieux organisée, une maltraitance peut apparaître, rare, épisodique, par accident, comme cette listeria gérontophile qui fait clouer au pilori une industrie alimentaire que l'on croyait au dessus de tout soupçon.

Mais d'autres alors vont se révéler "chroniquement maltraitantes" par laisser-aller, par esprit de lucre dominant, par engagement de personnels sous-formés et sous-payés, par refus du dialogue ... et elles rentrent alors parfois dans la catégorie où les soins deviennent "scandaleux", comme ce qui a été dénoncé aux Etats-Unis, dans le premier numéro de l'année 1999 du "Journal of elder abuse and neglect", comme une culture de la violence : résidantes (car ce sont des femmes âgées maltraitées par des soignantes ou soi-disant telles) battues au bâton, qui sont bousculées et tombent, privées de repas, fermées à double tour dans leur chambre ... Cela se passe aux Etats-Unis, pas chez nous, croyons-nous, et cela nous donne bonne conscience.

Avant d'aller plus loin, je voudrais insister sur un point peu connu, bien que j'en parle depuis de nombreuses années. On dit classiquement que la

vieillesse entraîne une réduction de la motricité par atteintes musculaires, articulaires, cardio-respiratoires, et une réduction de l'agilité intellectuelle et de la mémoire, alors que, plus que tout cela ce qui domine, c'est la réduction de l'adaptabilité ... de l'adaptabilité à de nouveaux lieux, de nouvelles tâches, de nouvelles personnes, de nouveaux aliments, de nouveaux rythmes de vie... A 85 ans, cette adaptabilité est au plus bas, or c'est précisément à ce moment de la vie qu'une personne âgée doit subir le changement, contraint plus que choisi, le plus considérable que la vie lui impose... "pour son bien" entonne le chœur des bien-pensants. Avez-vous songé à ce que vous ressentiriez vous-même : quitter le lieu où l'on a vécu sa vie d'épouse et souvent de mère, quitter son quartier, son voisinage et arriver dans un établissement : nouveaux murs, nouveaux espaces, nouveaux visages, ceux d'autres pensionnaires, tous vieux, ceux des personnels, qui changent eux-mêmes trop souvent. Comment ne pas imaginer la révolution profonde que cela entraîne chez la personne : 30% de ceux qui rentrent dans une institution meurent dans l'année qui suit, selon plusieurs enquêtes, on ne s'est pas assez demandé pourquoi ! Ne pensez-vous pas qu'une grande part des difficultés d'intégration réside dans cet aspect de la grande vieillesse ? !

Prenons trois exemples dans lesquels ces difficultés d'adaptation sont très présentes :

Le premier concerne l'entrée en institution.

Lors du 7^{ème} congrès de l'association francophone des droits de l'homme âgé, tenu à Saint Etienne en

juin 1999, intitulé « Vulnérabilité et Droit au Risque », Michel BILLE, sociologue à Poitiers, fit un exposé remarquable que je recommande à tous. Il dit : « leur fragilité les conduit parfois en établissement et cet établissement ayant à prendre en charge un grand nombre de personnes dans la même situation, est conduit à son tour à se protéger contre "l'apparente communauté ainsi constituée, au détriment des libertés de ceux qui la constituent et des droits fondamentaux de l'Homme, fut-il âgé". C'est ce qu'il appellera plus loin « l'illusion communautaire » Un ensemble de règles pour protéger une communauté qui n'existe pas en tant que telle. Ils n'ont en commun que leur âge et la proximité de la fin qui en découle.

De nombreuses chartes, affichées de plus en plus souvent à l'entrée des institutions, proclament que le choix de l'entrée doit être libre. Le choix (?), mais le plus souvent à ce stade la personne n'a plus le choix ... décision de placement arbitraire de l'hôpital ? ... choix familial ? parfois sanction ... mais alors, si l'entrée en institution est un mal nécessaire, est-elle pour autant préparée ?

- par une visite rendue à l'impétrante, à son domicile
- par des séjours préalables, de jour, temporaires ...
- par une présentation de la maison par un des membres des personnels qui devient son « référent », son parrain en quelque sorte !

par une bonne liaison entre le Service de Soins à Domicile qui intervenait auprès d'elle et le nouvel établissement.

La famille à son tour est-elle bien accueillie – avec présentation du règlement intérieur de la charte éventuelle, du fonctionnement du Conseil d'Établissement ? - Est-elle reçue aussi plus tard chaque fois qu'elle a des remarques à présenter, des doutes à formuler ?... sans être priée de déguerpir avec son vieux lorsqu'elle n'est pas satisfaite !!

Le rythme de la vie intérieure sera-t-il présenté, puis adapté avec la lenteur nécessaire à cette nouvelle adaptation ? Nous avons de nombreux exemples aussi bien de déviations manifestes, criantes, hurlantes, du déni de ces règles, que de remarquables préparations tenant compte des précautions nécessaires.

Prenons un autre exemple : alimentaire, celui-là !

D'après de nombreuses enquêtes, 30% des personnes âgées en institution présenteraient un état de dénutrition (mesures faites avec rigueur par le très célèbre M.N.A. (Mini Nutritional Assessment) et dans le grand âge, le sens de la soif lui-même est émoussé.

Remarquez que chez la personne âgée qui vit seule à son domicile on retrouve les mêmes proportions ... mais en institution, alors qu'elles ont bien entourées, cette dénutrition devrait être compensée, et ses causes dépistées ...

L'institution

- dispose-t-elle des conseils (même peu fréquents) d'une diététicienne ?

les habitudes alimentaires de la personne âgée à son domicile, ont-elles été notées ?

ses goûts et son appétit ont-ils été évalués ?

son « statut nutritionnel » a-t-il été évalué à l'entrée, puis avec une certaine périodicité (par exemple semestrielle), denture comprise, vue et audition et odorat aussi ...

Elle se nourrissait peut-être fort mal dans son isolement éventuel antérieur ... lui explique-t-on alors pourquoi il doit y avoir un changement ? saisit-on l'occasion de faire une éducation nutritionnelle ?

Et encore : à la salle à manger, les tables sont-elles suffisamment espacées ? Une personne peut-elle changer de table ou manger seule si tel est son désir ? A-t-elle le choix entre deux plats principaux ? ou entre les entrées et les desserts ... Et si le service est en plateaux-repas, comme souvent à l'hôpital, la présentation est-elle négligée, avec des couverts en plastique (que l'on n'utilise plus que dans certains fast-food), des mets servis tièdes ou froids, et retirés sans vérifier leur consommation ?

Les personnels qui font le service ont-ils reçu une formation au service à table ou en chambre ? Dans certaines maisons haut de gamme, ils proviennent des écoles hôtelières. Accordent-ils aux familles, voire à des bénévoles, le soin de nourrir à la cuiller des pensionnaires ou des malades qui ne peuvent le faire eux-mêmes ?

La relation avec les familles sera mon troisième point.

Et tout d'abord, cette famille, la connaît-on ? en dehors du représentant qui est venu négocier l'entrée de l'aïeul. Il y a une nécessité absolue de connaître sa composition exacte. Je continuerai à prêcher inlassablement pour que soit construit et inscrit dans le dossier (administratif et médical) ce schéma familial avec indications des distances géographiques et affectives entre ses

membres (parfois, l'un d'entre eux est dissimulé, pourquoi ?) Rencontre de la famille dès l'entrée : la direction, le médecin, les soignants (le référent). Il faut alors recréer et développer le dialogue. Quel dialogue ?

un dialogue périodique lors des rencontres régulières des familles avec les responsables.

discuter dès qu'apparaissent des problèmes susceptibles d'entraîner des difficultés de compréhension, des tensions : contention sur un fauteuil, sortie accompagnée, objets et linge personnels, alimentation assistée ...Il faut développer l'information des familles sur la maladie d'Alzheimer, sur les traitements entrepris. **En principe, un médecin gériatologue est un médecin qui parle.**

Un dialogue afin de **renforcer les liens familiaux**, de construire avec la famille des histoires de vie.

Il faut savoir dépister l'**auto culpabilité** de la famille qui rejette sa propre culpabilité (ou reconnue comme telle) sur l'institution. Il faut alors organiser des rencontres, par exemple avec le psychologue consultant de l'établissement.

Des listes de questions sont à soulever et à étudier ensemble, beaucoup sont construites déjà.